

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1932

N°

THÈSE

37

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

RAUCHBACH Arthur

Né le 11 Janvier 1907, à Ilisesti (Roumanie)

A PROPOS

DES

Troubles endocriniens dans la Cirrhose hépatique

TRAVAIL fait dans le Service de M. le Prof. LAIGNEL-LAVASTINE
à l'Hôpital de la Pitié

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, RUE DE MAUBEUGE

PARIS

1932

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1932

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

Soutenue devant la Faculté de Médecine de Paris en 1932

PAR

RAUCHBACH Arthur

Né le 11 Janvier 1907, à Ilisesti (Roumanie)

A PROPOS

DES

Troubles endocriniens dans la Cirrhose hépatique

TRAVAIL fait dans le Service de M. le Prof. LAIGNEL-LAVASTINE
à l'Hôpital de la Pitié

Président : M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

LES PRESSES MODERNES

IMPRIMERIE

45, RUE DE MAUBEUGE

PARIS

1932

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale	GRÉGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale ..	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales ..	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale ...	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée..	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale ...	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	AUBERTIN.
Pathologie médicale	BÉNARD (Henri).
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Pathologie médicale	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale	CADENAT.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Obstétrique	ÉCALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HARVIER.
Anatomie	HOVELACQUE.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Pathologie médicale	LAROCHE (Guy).
Anatomie pathologique	HUGUENIN.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	LIAN.
Pharmacologie	HAZARD.
Histologie	MILLOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale	MOURE.
Anatomie Pathologique	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie médicale	VALLERY-RADOT.
	(Pasteur)
Obstétrique	VAUDESCAL.
Ophthalmologie	VELTER.
Histologie	VERNE.
Obstétrique	VIGNES.

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Obstétrique	GUENIOT.
Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTERER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRÉ.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique obstétricale	LÉVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, Professeur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT, agrège.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui leur seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mon Père,

A ma Mère,

témoignage de reconnaissance et de
profonde affection.

A mes Sœurs.

A mes Amis.

A Monsieur le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a fait le grand honneur
de la présider.

Témoignage d'admiration et de
profonde reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris

A mon Maître, le Docteur PIZON

Chirurgien-Chef à l'Hôtel-Dieu de Bourges



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

La constatation de troubles endocriniens au cours des cirrhoses hépatiques a déjà été faite à la fin du siècle précédent ; mais ces troubles n'ont pas été rapportés à leur véritable cause ; ainsi en 1895 Gilbert et Fournier ont rapporté sept observations de *cirrhose hypertrophique* chez l'enfant, s'accompagnant d'un *retard du développement* de la puberté et d'un *système pileux rudimentaire* ; mais pour ces auteurs les troubles trophiques et intellectuels étaient conditionnés par les lésions hépatiques sans intervention des glandes à sécrétion interne.

Ce n'est que tout récemment que différents troubles — et notamment la dépilation — observés fréquemment dans les cirrhoses du foie, ont été attribués à une perturbation endocrinienne (Villaret, Laignel-Lavastine, Labbé...) ; guidés par les études de ces auteurs, nous essaierons de démontrer que les glandes le plus fréquemment touchées sont les ovaires et la thyroïde.

Pour mieux comprendre le sujet, nous allons montrer au cours de route, quelles sont les conceptions physiologiques modernes sur les relations du foie avec les glandes à sécrétion interne d'un côté, sur la corrélation thyro-génitale de l'autre côté.

A la fin de notre thèse nous rapporterons quelques observations relatives à l'association d'une *atrophie testiculaire*, d'une *dépilation* et d'une hypertrophie mammaire à la *cirrhose du foie*, ceci pour montrer que chez l'homme

aussi on observe — avec une fréquence relativement moins grande que chez la femme — l'insuffisance génitale et la dépilation au cours de la cirrhose hépatique.

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance à M. le Professeur Laignel-Lavastine qui nous a inspiré le sujet, qui nous a guidé de ses précieux conseils et qui nous a fait le grand honneur d'en accepter la présidence.

Nous remercions également M. le Docteur Paul George, médecin assistant de l'hôpital de la Pitié, ancien Interne des Hôpitaux de Paris, qui nous a si complaisamment conseillé au cours de notre travail.

CHAPITRE PREMIER

LES RELATIONS DU FOIE AVEC LES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Les processus morbides qui atteignent le foie — organe si volumineux et à fonctions aussi multiples qu'importantes — ne peuvent évidemment pas rester sans influence notable sur les autres organes de l'économie.

Le foie est en effet, un des organes le plus lié avec les différentes parties de l'organisme et ses troubles se font facilement sentir dans les points les plus éloignés. Certains organes même lui sont si intimement liés que leur atteinte non simultanée avec celle du foie représente presque des raretés cliniques. Mais si l'influence du foie sur les autres organes est fréquente, le phénomène inverse est également bien connu et la gêne fonctionnelle qu'apportent au foie les maladies des autres organes mérite également l'attention.

Nous allons passer ici en revue quelques organes dont la corrélation fonctionnelle avec le foie est la mieux étudiée. Bien entendu, notre description sera aussi succincte que possible et ce n'est que très brièvement que nous allons résumer quelques expériences et quelques faits indiquant la synergie fonctionnelle de ces organes.

Nous allons surtout exposer dans ce chapitre deux points essentiels, qui ont un rapport direct avec notre

sujet ; nous voulons parler de la synergie fonctionnelle entre foie et glande thyroïde d'un côté, et de la corrélation hépatogénitale de l'autre côté. Pour démontrer cette synergie, nous invoquerons des arguments tirés de la physiologie générale, de la pathologie expérimentale, de l'anatomie pathologique, voir même de clinique humaine ; d'ailleurs, en tenant compte de l'influence biochimique du foie et de l'action des hormones sur le métabolisme en général, on peut conclure à un rapport intime entre le foie et les glandes à sécrétion interne.

I. — *Synergie fonctionnelle du foie avec la glande thyroïde.*

Pende, se basant sur de nombreuses recherches expérimentales et cliniques a démontré la synergie fonctionnelle entre le foie et la thyroïde dans ce sens qu'un hypofonctionnement thyroïdien s'accompagne en général d'une diminution de l'activité hépatique et tout particulièrement d'une diminution de la fixation et de la mobilisation du glycogène, de la formation d'urée, du métabolisme de la cholestérine et de l'élimination de la bile.

D'après *Fittipaldi* la synergie fonctionnelle des deux organes est encore démontrée par la présence d'une hormone élaborée par le foie qui, comme la thyroxine, serait capable d'exciter les nerfs accélérateurs du cœur et par la présence d'une autre hormone qui elle serait chargée de maintenir l'excitabilité normale de l'écorce cérébrale.

A l'action synergique du foie et de la thyroïde succombe enfin le rôle important dans la régulation thermique, les échanges hydriques et la coagulation sanguine.

L'existence de phénomènes d'hyperhépatisme chez les basedolviens a été démontrée par *Pende, da Capra, Bufano*

et d'autres. Neusser a observé l'atrophie de la thyroïde dans beaucoup de cas de cirrhose atrophique de Laënnec.

II. — *Synergie fonctionnelle du foie avec les glandes surrénales.*

La physiologie nous apprend que l'injection d'adrénaline active la transformation du glycogène en sucre, provoque l'hyperglycémie et la glycosurie, et si elle est répétée plusieurs fois de suite fait disparaître le glycogène hépatique. D'une manière générale, l'extirpation des surrénales agit sur toutes les fonctions du foie en diminuant leur capacité fonctionnelle.

III. — *Synergie fonctionnelle du foie avec les glandes génitales.*

Non moins importantes sont les relations entre le foie et les glandes génitales ; des altérations hépatiques plus ou moins graves s'accompagnent d'un dysfonctionnement génital. On connaît la fréquence de l'association de l'hypogénitalisme et hypoévolutisme à la cirrhose hypertrophique biliaire qui se développe dans le premier âge (Gilbert, Le-reboullet, Lancereaux, Hayem) ; de même beaucoup d'auteurs et parmi eux *Weichselbaum* et *Kyrle*, *Silvestrini*, *Corda*, *Tramontano* et d'autres ont attiré l'attention sur la fréquence de l'association de l'hypogénitalisme à la cirrhose atrophique de Laënnec. *Pende*, *Maranon* et *Tamburri* ont montré la fréquence de l'association de l'hypogénitalisme à la maladie de Banti.

Von Neussen et *Flexueder* ont attiré l'attention sur un type de cirrhose chez l'homme caractérisée par une hypoplasie génitale, anémie chlorotique, hypertrophie de la thyroïde et hyperplasie du tissu lymphatique.

Par analogie, *Bauer* parle d'un infantilisme hépatique qui d'après lui résulte d'une combinaison d'infantilisme avec un processus cirrhotique du foie, qui est survenu dès la première enfance.

D'autres preuves pour la corrélation hépato-génitale ont été fournies par l'anatomie pathologique et les recherches expérimentales.

Weichselbaum et *Kyrle* ont rencontré des lésions atrophiques des testicules dans 35 cas de cirrhose et des observations analogues ont été rapportées par *Silvestrini*, *Corda*, *Tramantano*, *Tattoni* et d'autres.

Schopper en provoquant expérimentalement l'altération du foie chez des animaux a constaté à la suite l'atrophie testiculaire.

Champy, *Kritsch* et *Leonhardt* ont observé que le foie des animaux castrés est augmenté de volume et présente une vascularisation plus prononcée dans les cellules de la zone centrolobulaire qui se montre riche en glycogène.

Une autre preuve de cette corrélation hépatogénitale a été fournie par *Mori* ; cet auteur a constaté que les extraits testiculaires et ovariens augmentent la fonction uropoïétique de la cellule hépatique.

Werner a obtenu une hyperglycémie par ablation testiculaire, fait qui confirme l'opinion de certains auteurs (*Biedl*, *Christofoletti*, *Stolper*, *Falta*), que les testicules ont une influence favorable sur le métabolisme des hydrates de carbone.

CHAPITRE II

CORRÉLATION THYRO-GÉNITALE

La morphogénèse des glandes sexuelles est considérablement troublée dans l'hypothyroïdisme. La puberté peut tarder ou même ne jamais se produire. Chez le mâle, les testicules restent très petits, souvent même ectopiques ; chez la femelle l'ovaire présente une atrophie folliculaire, parfois même hypertrophie transitoire. De même en injectant de l'extrait d'ovaire à un animal, on note une congestion active de la thyroïde (Hallion).

Lorsque l'insuffisance thyroïdienne apparaît de bonne heure, les caractères sexuels secondaires sont nuls ou à peine ébauchés ; les garçons, fréquemment cryptorchides, ont un pénis petit. L'instinct sexuel ne s'éveille pas, le larynx ne s'accroît pas ; les poils manquent sur le visage et sur le corps. Chez la fille, le bassin ne s'élargit pas, les mamelles ne se développent pas ; le pubis reste glabre, la vulve infantile et parfois la menstruation n'apparaît pas.

L'injection d'extraits thyroïdiens peut atténuer tous ces symptômes et même déterminer la descente des testicules.

De même encore après thyroïdectomie la mamelle s'atrophie chez la femelle ou au contraire peut s'hypertrophier chez le mâle.

En clinique humaine on observe l'insuffisance des

glandes génitales dans le myxœdème aussi bien que dans le goître exophtalmique. Dans les deux cas chez l'homme on note la diminution de l'instinct sexuel et même parfois l'impuissance ; chez la femme, dans le myxœdème, la suppression des règles est habituelle ; dans la maladie de Basedow les règles sont courtes et peu abondantes ou même manquent complètement.

Nous voyons donc que la thyroïde ne se borne pas à agir sur la croissance des organes génitaux ; la déficience de l'hormone thyroïdienne peut, en raison d'une prédisposition habituellement acquise, retentir principalement sur la structure de la glande sexuelle, en déterminer l'atrophie, ce qui entraîne des perturbations des caractères sexuels secondaires et la stérilité. Le cas est bien connu en clinique sous le nom d'infantilisme regressif de Gandy.

CHAPITRE III

CIRRHOSES HÉPATIQUES ET INSUFFISANCE DES GLANDES GÉNITALES ET DE LA THYROÏDE

Jusqu'à ces dernières années, les auteurs n'ont pas vu une relation étroite entre atteinte hépatique et troubles endocriniens. Mais, doit-on se ranger à cette opinion ?

Pour répondre à cette question essayons de comparer les anciennes observations de Gilbert et Fournier, de Gandy, etc..., à celles que nous rapporterons à la fin de notre étude.

Parmi les observations de *Gilbert et Fournier* on attire l'attention sur un jeune homme de 19 ans atteint de cirrhose hypertrophique qui présente la taille et le poids, la physionomie d'un enfant de 14 ans ; il est absolument imberbe, le système pileux est tout à fait rudimentaire ; les membres sont grêles ; la force musculaire est peu conservée.

Ne trouvons-nous pas ici des indices nets de l'atteinte glandulaire ? Nous pouvons remarquer l'extrême ressemblance de cette observation avec celles que nous apportons des malades chez lesquels les gros troubles des glandes à sécrétion interne ont été constatés.

Certes, le foie insuffisant est capable d'arrêter le développement du sujet. Mais la généralisation de ce phéno-

mène est-elle possible ? Ne doit-on pas rechercher le concours que peuvent apporter d'autres glandes simultanément atteintes ? Nous croyons qu'à l'heure actuelle, à côté de l'état défectueux du foie, les recherches cliniques devraient être orientées vers l'exploration glandulaire et la responsabilité du foie y trouverait une atténuation par la complicité des autres glandes endocrines simultanément atteintes. En tous cas nous croyons qu'il faut considérer le cas Gilbert et Fournier comme correspondant au tableau clinique d'un syndrome pluriglandulaire avec participation hépatique.

Considérons le cas de *Gandy* ; il s'agit d'un homme de 33 ans qui présente une atteinte hépatique nette ; une dépilation complète ; une atrophie épидидymo-testiculaire avec impuissance et frigidité absolue ; atrophie du corps thyroïde, sécheresse de la peau ; de l'infantilisme (physionomie d'un garçon de 18 ans, imberbe, voix faible, nasalisée, lente, monotone, verge très réduite de dimensions) ; ici nous trouvons des soupçons de syphilis : kérato-conjonctivite droite, datant de la première enfance et actuellement des phénomènes paralytiques de l'œil droit ; réflexes rotuliens abolis.

Nous pouvons donc envisager une relation intime entre le foie et les autres glandes à sécrétion interne et nous disons qu'une même infection — la syphilis héréditaire — a pu léser pendant la petite enfance le foie, l'hypophyse, la thyroïde, les testicules. Les troubles de sécrétion interne du foie, devenu insuffisant, peuvent provoquer la perversion d'autres sécrétions internes.

L'analyse de deux observations de Villaret, publiées récemment, mettra encore en évidence avec beaucoup plus de clarté que dans le complexe polyglandulaire que cet

auteur nous présente, le foie semble jouer un rôle important en association avec les troubles d'autres glandes à sécrétion interne. *Dans une première observation* il s'agit d'un jeune homme de 24 ans qui présente une insuffisance hépatique nette, caractérisée par un ictère chronique datant de l'enfance et évoluant par poussées, par une hépatosplénomégalie, une insuffisance génitale évidente : (atrophie testiculaire et absence d'éveil d'instinct sexuel à 24 ans) ; une perturbation dans le fonctionnement de la thyroïde (dépilation de l'aisselle, du pubis, frilosité, faiblesse intellectuelle et métabolisme basal exagéré) ; des troubles de la fonction hypophysaire (polyurie et effet favorable du traitement opothérapique).

Dans une 2^e observation il est question d'une femme de 45 ans qui présente une cirrhose hypertrophique, anasictique, sans ictère, à laquelle s'associent une insuffisance ovarienne (dysmenorrhée, stérilité, ménopance précoce) et une atteinte de la fonction thyroïdienne (dépilation presque absolue et métabolisme basal fortement augmenté).

Ainsi sont mises à jour, chez notre malade, les atteintes du foie, des ovaires et de la thyroïde. Mais il ne s'agit pas ici comme dans la première observation de lésions congénitales ; notre malade a été parfaitement bien portante jusqu'à l'âge de 18 ans, date à laquelle sont apparus les premiers troubles d'ordre ovarien ou thyroïdien. L'atteinte hépatique, la dernière en date, paraît beaucoup plus tardive ; ses premières manifestations apparentes ne sont survenues qu'à l'âge de 45 ans ; mais on sait combien longtemps avant l'apparition d'une cirrhose, le foie peut être déficient.

L'Étiologie dans nos deux observations doit être attribuée à la syphilis, que nous trouvons dans les 2 cas ; or

si l'interrogatoire chez notre 2^e malade ne peut faire retrouver trace de syphilis, il n'est pas moins vrai que le souffle systolique aortique d'une part et les réactions de Hecht et de Bordet-Wassermann positives dans le sang permettent d'affirmer la syphilis acquise.

Nous sommes donc en présence d'un syndrome pluri-glandulaire (foie, thyroïde, ovaires), dû à la syphilis acquise.

Dans notre première observation l'hérédosyphilis semble être à l'origine de tous les accidents ; on note de l'axyphoïdie, des malformations des dents et des oreilles, des déformations digitales ; les réactions de Bordet-Wassermann et Hecht sont légèrement positives dans le sang.

En somme l'intérêt de notre première observation est dans l'association d'une insuffisance hépatobiliaire et un syndrome thyro-orchito-hypophysaire, syndrome réalisé par la syphilis héréditaire.

Nous allons montrer dans le chapitre suivant que nous avons retrouvé ce facteur syphilitique chez une malade présentant une association de cirrhose alcoolique et de dépilation que nous avons pu examiner récemment dans le service du Professeur Laignel-Lavastine.

Nous essaierons de montrer aussi dans le chapitre suivant l'évolution parallèle de la cirrhose hépatique avec la dépilation, les troubles de la thyroïde, des ovaires et des testicules en nous basant sur 7 observations publiées tout récemment par le Professeur Laignel-Lavastine et ses collaborateurs, sur deux observations publiées par Labbé et ses collaborateurs et sur deux cas cliniques que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le service du Professeur Laignel-Lavastine.

CHAPITRE IV

LA DÉPILATION AU COURS DE LA CIRRHOSE DU FOIE

L'association à la cirrhose du foie de modifications importantes des phanères et en particulier d'une dépilation plus ou moins complète se montre fréquente quand on la recherche systématiquement. Nous rapporterons à la fin de notre thèse 7 observations (publiées par le Professeur Laignel-Lavastine et ses collaborateurs) caractéristiques de ce groupement de symptômes.

Nous rapporterons de même une observation par le Professeur Labbé et ses collaborateurs, dans laquelle il sera question d'un homme de 40 ans chez lequel on trouve une cirrhose pigmentaire à laquelle s'associent une atrophie testiculaire avec impuissance génitale et une dépilation presque absolue et métabolisme basal fortement augmenté.

Nous avons trouvé une *insuffisance thyroïdienne très marquée* chez une malade qui est actuellement hospitalisée dans le service du Professeur Laignel-Lavastine ; chez elle on trouve une cirrhose hépatique anascitique, une atrophie complète de la glande mammaire, une atrophie du corps thyroïde, de la sécheresse de la peau, ichtyose du cuir chevelu, infiltration myxoédémateuse, cheveux secs clairsemés, sourcils clairsemés, troubles de la parole, intelligence nettement au-dessous de la normale, bradyphré-

nie très prononcée, déformation des membres, cryésthésie des extrémités, métabolisme basal fortement diminué.

La deuxième malade, hospitalisée dans le même service, présente une cirrhose alcoolique avec polynévrite bilatérale et une dépilation totale.

Cette fréquence de la dépilation au cours des cirrhoses alcooliques semble bien démontrer qu'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence fortuite, mais qu'il y a peut-être une relation plus étroite entre la cirrhose hépatique d'une part, la dépilation de l'autre.

Les facteurs de la dépilation peuvent être soupçonnés en raison des coïncidences de son apparition avec les troubles endocriniens qui se retrouvent dans la plupart de nos observations. Parmi ces facteurs, deux apparaissent comme particulièrement importants : l'insuffisance ovarienne ou testiculaire, et l'insuffisance thyroïdienne.

Les troubles de la menstruation se retrouvent dans les observations I, II et IX, ménopause anticipée dans III, IV, VI, stérilité dans l'observation VI.

Le dysfonctionnement thyroïdien est manifeste dans les observations I, II, VI, VIII, X et XI ; la seule autopsie pratiquée d'une cirrhotique atteinte d'un tel syndrome (Obs. I) a montré une atrophie considérable du corps thyroïde et des ovaires ; étant donné que la plupart des observations concernent des femmes, nous pouvons dire que l'insuffisance thyro-ovarienne semble à la base de cette dépilation.

En quoi cette insuffisance glandulaire se relie-t-elle à la cirrhose ? Il est difficile de le dire. Certes, on connaît des associations telles que la maladie de Wilson, où la sclérose hépatique va de pair avec des lésions lenticulaires, mais il n'y a là qu'une analogie bien lointaine avec l'asso-

ciation de la cirrhose à des troubles endocriniens que réalisent nos observations. Et cependant la relation semble étroite ; dans tous les cas, sauf un seul (VI), la dépilation est survenue en même temps que la cirrhose, avec un parallélisme remarquable, comme si l'alcool agissait simultanément sur le foie, le corps thyroïde et l'ovaire.

Il ne semble pas que la forme clinique de la cirrhose ait une influence quelconque sur l'apparition de la dépilation ; tantôt il s'agissait de cirrhoses hypertrophiques, tantôt de cirrhoses atrophiques ; l'ascite était inconstante. Parfois il y avait une insuffisance hépatique importante, polynévrite étendue, évolution rapide, d'autrefois, les signes d'hypertension portale cédaient rapidement au traitement.

Nous verrons que dans l'observation récente de Labbé, concernant un homme, le facteur génital se retrouve aussi.

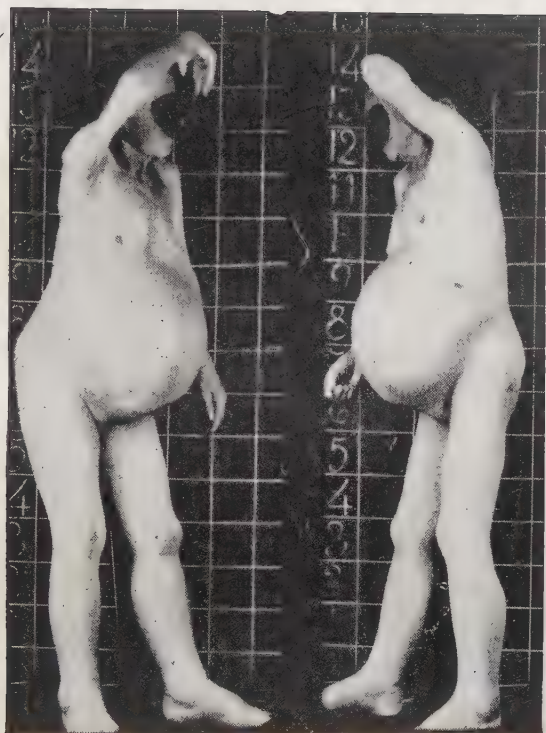
Enfin tout récemment Villaret, Bith et Guillain viennent de publier une observation isolée de cirrhose alcoolique avec des troubles de la polosité antérieurs à l'apparition des signes cirrhotiques.

Ils concluent à l'existence d'un syndrome pluriglandulaire lié à la syphilis, l'éthylisme ayant favorisé l'apparition de la cirrhose.

Dans 5 au moins de nos observations l'intervention de la syphilis est également à envisager ; chorio-rétinite dans un premier cas, signe d'Argyll-Robertson dans un 2^e avec réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang ; dans un 3^e cas (obs. IX) la notion de syphilis paraît bien probable malgré les réactions sérologiques négatives car il y a inégalité pupillaire, 3 fausses-couches dans les antécédentes et albuminose du liquide céphalo-rachidien ;

enfin nous avons longuement exposé l'intervention de la syphilis dans les deux cas publiés par Villaret.

Mais ce que nous tenons avant tout à souligner, c'est l'évolution parallèle des symptômes cirrhotiques et des symptômes endocriniens ; les modifications des phanères avec chute progressive des poils et des sourcils, l'aspect myxœdémateux, l'atrophie mammaire, l'insuffisance testiculaire chez l'homme, l'insuffisance ovarienne chez la femme, allant jusqu'à la stérilité, s'additionnant les uns aux autres, tandis que se précisent progressivement les symptômes de la cirrhose du foie.



LA DÉPILATION DANS LA CIRRHOSE DU FOIE

CHAPITRE V

UN MOT SUR LE PROBLÈME DE THÉRAPEUTIQUE

Peut-on tirer une conclusion thérapeutique de cette étude clinique, pathogénique et étiologique ? Nous ne pouvons malheureusement citer qu'un cas (obs. VIII) où le traitement opothérapique a pu être continué pendant un temps assez prolongé ; le résultat de cette opothérapie thyroïdienne a été remarquable ; celle-ci a eu une influence très heureuse sur la chute des cheveux, sur la perte du poids, sur l'ichtyose, sur le développement de tout le système pileux et sur le métabolisme basal, qui a augmenté sensiblement ; même le développement intellectuel a été favorablement influencé, puisqu'après un traitement opothérapique assez prolongé on ne constate plus cette parole lente et monotone. L'avenir nous dira si la thérapeutique propre de ces symptômes de déficit endocrinien influe favorablement sur l'évolution de la cirrhose et dans quelle mesure. Cette thérapeutique est d'autant plus logique que les heureux résultats obtenus par le traitement thyroïdien dans d'autres syndromes de rétention hydrique où s'observent justement les mêmes troubles humoraux : hypoalbuminémie et inversion du rapport $\frac{S}{G}$ — nous voulons parler de la néphrose lipoidique — sont un fait désormais acquis.

OBSERVATIONS I à VII

par MM. Laignel-Lavastine, Troisier et Bocquien

OBSERVATION I. — *Cirrhose hépatique. Syndrome thyro-ovarien, acidose, catatonie, obstruction intestinale. Atrophie des ovaires et du corps thyroïde.*

Mme Lab..., 40 ans, entre le 13 mars 1930 à l'hôpital Bichat.

Malade depuis 3 semaines, présente des troubles digestifs : anorexie presque absolue, vomissements bilieux, amaigrissement depuis quelques semaines. Quatre jours avant d'entrer, elle a ressenti des douleurs violentes dans l'hypochondre droit, qui ont duré 48 heures, et se sont accompagnées de nouveaux vomissements. A l'examen : pâleur ou plus exactement teint cireux, peau sèche, déshydratée, garde le pli ;

Dépilation à peu près complète des sourcils, des aisselles et du pubis. Les cheveux sont rares, clairsemés.

Foie : bord inférieur très dur, sensible.

Rate : pas perceptible.

La langue est lisse, vernissée.

Pouls ralenti (58 pulsations à la minute), mais il y a hypothermie nette ($36^{\circ}3$). Les bruits du cœur sont sourds. La tension artérielle est à 12-7. La malade dit avoir de temps en temps un peu d'œdème malléolaire.

Système nerveux : hypertonie musculaire très marquée, catatonie (surtout au membre inférieur gauche) ; le phénomène de la roue dentée au membre supérieur gauche. Les réflexes de posture sont très exagérés.

Il existe des signes manifestes d'hypothyroïdie : friabilité, torpeur et asthénie habituelles, cryesthésie, le phénomène du doigt mort.

A cette insuffisance thyroïdienne s'associe une insuffisance ovarienne : dysménorrhée jusqu'à 30 ans ; ménopause anticipée à cet âge. La malade a eu trois enfants qu'elle a nourris (lactation d'abondance normale).

Urines : Réaction de Gerhardt et de Légal positives, qui jointes à l'odeur nettement acétonique de l'haleine, expliquent les signes de déshydratation (aspect de la peau,

hypotension artérielle, hypotension des globes oculaires), la torpeur et l'hypothermie. Les vomissements et l'anorexie ayant entraîné un jeûne presque complet paraissent à l'origine de cette acidose.

L'hypertonie est plus difficile à expliquer ; notons cependant qu'elle va de paire avec une baisse très marquée de la calcémie (52 milligrammes).

L'azotémie est de 0 gr. 24.

Examen du système neuro-végétatif : exagération du réflexe oculo-cardiaque qui, de 76, passe à 66.

On fait d'emblée une série d'insuline à raison de 20 puis 40 unités quotidiennes, pour parer à l'acidose, en même temps qu'on réhydrate la malade. Il survient presque aussitôt une amélioration notable : la température centrale remonte, la torpeur s'estompe, l'hypertonie s'accroît. Le 18 mars, 5 jours après l'entrée, les réactions de Gerhardt et Légal sont négatives.

Le 23 mars, la malade accuse une douleur abdominale périombilicale, la température monte à 38°5, l'abdomen se météorise, mais il n'y a pas d'arrêt des matières, ni des gaz. A partir de ce moment l'état général décline rapidement. Le 1^{er} avril, les réactions de Légal et Gerhardt se montrent à nouveau positives. La mort survient le 3 avril.

Autopsie :

Le foie est cirrhotique, petit (1.400 gr.), dur.

La rate est de volume normal.

Les ovaires sont imperceptibles, de la grosseur d'un pois.

Le corps thyroïde est atrophié et pèse 5 grammes.

OBSERVATION II. — *Cirrhose alcoolique. Dépilation. Hypothyroïdie.*

Mme Pich..., 58 ans, entre à Bichat le 17 novembre 1930
On lui trouve :

1° Une hépatite alcoolique.

Foie dur, aisément palpable sous les fausses côtes qu'il déborde légèrement. Sa hauteur est de 12 cm. sur la ligne axillaire antérieure.

Rate percutable sur 4 travers de doigts.

Il n'existe ni ascite, ni circulation collatérale.

2° Une dépilation à peu près totale, survenue depuis la fin de 1929, donc récente.

Les cheveux sont tombés presque complètement ; les sourcils n'existent plus, les aisselles et le pubis sont glabres.

3° Une hypothyroïdie manifeste, dont les premiers

signes sont apparus en même temps que la dépilation ; facies myxœdémateux ; peau cireuse et infiltrée : plissement des téguments difficile ; pommettes rosées ; pachydermie légère des extrémités ; sécheresse de la peau qui est ichthyosique ; striation longitudinale des ongles.

Il existe en outre des troubles intellectuels : torpeur, apathie, amnésie, lenteur de l'idéation, retard des réponses ; troubles divers : asthénie, constipation opiniâtre, cryesthésie marquée. La voix a changé depuis 6 mois ; elle est lente et basse.

Le corps thyroïde est impossible à palper.

Pouls faible. Tension artérielle à 13-7.

4° La malade, réglée à seize ans, l'a toujours bien été par la suite, mais la ménopause est survenue à l'âge de 45 ans.

5° Une déformation des doigts à type de rhumatisme chronique déformant, surtout au niveau de l'articulation des 2° et 3° phalanges du médus. La radiographie montre à ce niveau l'existence de géodes du type goutteux.

A noter qu'une sœur de la malade présente un rhumatisme chronique ; un de ses frères est mort cirrhotique.

Examens spéciaux :

Coefficient de Maillard : 4,98 % (légèrement abaissé) ;

Sérinémie (S) : 60 gr. 20.

Globulinémie (G) : 28 gr. 30.

Rapport $\frac{S}{G}$: 2,13 (normale : 1,5).

Sang : Leucocytose à 11.000 ; glob. rouges : 4.020.000.

OBSERVATION III. — *Polynévrite et hépatite alcooliques. Dépilation.*

Mme Meun..., 34 ans, entre le 11 novembre 1930.

Antécédents : il y a 3 mois : ictère précédé de troubles digestifs ; ictère accompagné de douleurs de l'hypochondre droit très violentes mais très courtes, chaque crise durant 3 à 4 minutes, irradiant au bras droit ; il survint 4 ou 5 crises analogues. Il y eut en même temps décoloration des selles. Pendant toute cette période la température s'éleva autour de 38°. Cet ictère a duré 6 semaines.

Depuis, la malade présente des pituites matinales, des cauchemars, des épistaxis fréquentes.

Son faciès est celui de la cirrhose, parsemé de varicosités, il y a du subictère des conjonctives.

Le foie déborde largement dans l'hypochondre droit ; sa hauteur est de 21 centimètres sur la ligne axillaire antérieure. Sa palpation est douloureuse ; il n'y a pas d'ascite.

La rate se percute sur 4 travers de doigts.

La tension artérielle est de 13-9.

On trouve en outre des signes de polynévrite des membres inférieurs : abolition des réflexes rotuliens et achilléens, grosse amyotrophie de la jambe et de la cuisse, douleur à la pression des muscles, steppage caractéristique. Les masses musculaires sont spontanément douloureuses, par crises paroxystiques, extrêmement pénibles.

Aux membres supérieurs, il existe des fourmillements des extrémités, une maladresse considérable des mains, une douleur vive à la pression de l'avant-bras et du bras. Les réflexes tendineux sont diminués.

En outre on est frappé par une dépilation complète aux aisselles et au pubis, une chute partielle des cheveux. Ces phénomènes sont récents.

A noter que la malade a toujours été mal réglée et qu'à son entrée elle présentait un retard d'un mois.

Examens spéciaux :

Coefficient de Maillart : 14,30.

Indice biliaire plasmatique : 5.

Signe du lacet : négatif.

Urines : Présence d'urobiline et de sels biliaires.

Sang : globules rouges : 2.940.000 (19 nov.) ; globules blancs : 7.800. Albumines totales : 66 gr. 50 ; sérine : 29 gr. ; globuline : 37 gr. 50.

Rapport $\frac{S}{G}$: 0,77 (très abaissé).

Examen oculaire : chorio-rétinite de l'œil gauche, probablement syphilitique.

Hecht-Wassermann du sang : négatif.

Par la suite, la polynévrite a progressé aux membres supérieurs et la malade, qui était sortie sur sa demande le 25 novembre, est rentrée quelques jours plus tard avec une impotence presque complète des membres supérieurs.

OBSERVATION IV. — *Syndrome ictéro-ascitique. Dépilation. Atrophie mammaire.*

Mme Gud..., 63 ans, entre le 2 décembre 1930 pour ictère et ascite, survenus depuis un mois.

En janvier 1930, elle a déjà fait un premier séjour d'un mois dans le service, pour une poussée ictéro-ascitique qui, traitée par le cyanure de Hg, a rétrocedé.

A l'examen, ictère d'intensité moyenne avec des lésions de grattage des téguments. L'abdomen est distendu ; il existe une circulation collatérale prédominant dans les flancs. La percussion révèle une ascite libre de moyenne abondance.

La rate est percutable sur cinq travers de doigts. Volumineux œdème des membres inférieurs, accompagné

d'œdème lombaire. Quelques troubles psychiques avec amnésie et désorientation.

Le pubis et les aisselles sont entièrement glabres ; la dépilation est récente et date des derniers mois.

On note aussi une atrophie mammaire très marquée.

La malade a toujours été mal réglée, d'une façon irrégulière comme date d'apparition et comme abondance. La ménopause est survenue à 58 ans.

Examens spéciaux : Sang : sérinémie 25 gr. 50, globulinémie 63 gr. 44 ; albumine totale du sérum : 88 gr. 94.

Rapport $\frac{S}{G}$: 0,40 (très abaissé).

Urines : présence de pigments et sels biliaires.

Sous l'influence du repos, du régime et du cyanure de Hg, survient une diurèse très abondante qui fait rapidement passer le poids de 58 à 52 kilogs. On perçoit à ce moment le foie dur, qui déborde de deux travers de doigt le rebord costal.

OBSERVATION V. — *Cirrhose alcoolique avec dépilation.*

Mme M..., 59 ans, entre le 18 mars 1930 à l'hôpital Bichat, pour une ascite abondante apparue depuis 2 mois, accompagnée de circulation collatérale sus et sous-ombilicale. L'abdomen est très distendu, la dyspnée intense et on fait d'urgence une ponction évacuatrice qui retire 13 litres de liquide. L'ascite évacuée on peut palper le bord inférieur du foie qui est d'une dureté ligneuse ; son bord supérieur est ptosé ; la rate est percutable sur 4 travers de doigts. L'éthylisme est indiscutable chez cette femme.

Donc : 1°) Cirrhose alcoolique évidente ; en outre : 2°) absence complète de pilosité axillaire, presque complète du pubis ; les sourcils sont clairsemés, les cils très rares, les cheveux courts et rares.

La malade dit elle-même que depuis l'apparition de l'ascite, ses poils ont disparu.

Il n'y a pas de troubles de la menstruation, ses règles, apparues à 12 ans et demi, sont normales en quantité et en périodicité.

Réflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

Le régime lacto-végétarien déchloruré, une série d'injections de théobryl n'améliorent pas sensiblement la diurèse. L'ascite se reproduit rapidement. Une cure de cyanure de Hg, essayée, dut être interrompue en raison d'une stomatite. Après 3 ponctions on fait une cure de lactosérum qui amène une diurèse de 2-3 l. et entraîne une amélioration passagère ; pendant 3 mois, l'ascite ne se reproduit pas et permet d'interrompre les ponctions. Puis

l'épanchement réapparaît et la malade a subi actuellement 17 ponctions.

OBSERVATION VI. — *Cirrhose alcoolique. Troubles de la pilosité antérieurs à l'apparition de la cirrhose.*

La malade, âgée de 55 ans, entre à l'hôpital pour troubles de la marche et chutes répétées sur la voie publique.

Depuis près d'un an, fatigue intense et beaucoup de peine à exécuter un travail suivi.

Antécédents : rien de spécial.

On note des troubles importants de la mémoire.

Un penchant très net pour les boissons alcoolisées.

A l'examen : abdomen météorisé, avec circulation collatérale et dépliement de l'ombilic.

L'ascite est évidente, le phénomène du flot net.

La ligne supérieure de matité est mobile avec les déplacements du corps.

Le foie n'est pas perceptible. Sa limite supérieure est au 5^e espace intercostal sur la ligne axillaire antérieure.

La rate est percutable sur 5 travers de doigt.

Les autres viscères sont normaux.

La tension artérielle est à 12-8.

Diarrhée coupée de périodes de constipation.

On note également des hémorroïdes d'apparition ancienne.

Il existe peu de signes cliniques d'insuffisance hépatique, en particulier ni purpura, ni épistaxis, ni signes du lacet.

Système nerveux : grande fatigabilité qui explique sans doute les chutes fréquentes. Cependant la force musculaire paraît normale. Les réflexes tendineux et pupillaires sont normaux.

Douleur à la pression des masses musculaires, hyperesthésie cutanée. Douleurs spontanées dans les mollets. On note un tremblement des extrémités.

L'intoxication alcoolique se traduit encore par l'émotivité et la fréquence des cauchemars.

Pas de troubles de la menstruation.

Il existe en outre une dépilation très marquée. Les cheveux, qui ont été coupés, il y a 10 ans, ont à peine repoussé depuis. Ils ne mesurent que quelques centimètres ; ils sont souples et minces, de type myxœdémateux. Or, elle aurait présenté autrefois une chevelure abondante. Ses aisselles sont glabres, mais cette dépilation axillaire a déjà été remarquée quand elle était jeune. Le pubis est entièrement glabre, mais depuis longtemps déjà. Seuls ses sourcils restent à peu près normaux.

Son faciès vieillot donne l'impression d'une myxœdémateuse.

Examens spéciaux : Azotémie : 0 gr. 15.

Coefficient de Maillard : 6,81 ; absence d'urobilinurie.

Sérine et globuline dans liquide d'ascite : S : 16,60
G : 16,90

Sérine et globuline dans sang : S : 31,40 — G : 40,70

L'ascite a été ponctionnée le 20 février. Après ponction le foie n'est pas palpable ; on atteint difficilement le bord antérieur de la rate.

Depuis, le liquide se reproduit, mais lentement.

OBSERVATION VII. — *Cirrhose alcoolique ascitique avec dépilation. Atrophie mammaire.*

Mme J..., 64 ans, entre le 2 décembre 1930 à la Pitié. Elle est malade depuis le mois de septembre : à cette date est apparu un œdème important des membres inférieurs et en 6 jours une ascite qui s'est constituée en une dizaine de jours.

Antécédents : pleurésie à 38 ans ; rhumatisme articulaire aigu en 1914. A eu 3 enfants.

Pas de troubles de la menstruation. Pas de fausses-couches. Ménopause à 45 ans.

A l'examen : ascite libre de moyenne abondance avec circulation collatérale.

Le foie donne à la palpation le signe du glaçon au niveau de l'épigastre, sur 2 ou 3 travers de doigt de hauteur.

La rate est percutable sur 4 travers de doigt, mais pas palpable.

Il existe un volumineux œdème des membres inférieurs.

Le thorax est émacié, les glandes mammaires atrophiées.

Le cœur est normal. La tension artérielle est de 16 - 8 1/2.

Au sommet droit : quelques râles humides inspiratoires après la toux, dans une petite zone submate.

Les réflexes tendineux sont normaux ; mais il existe un signe d'Argyll-Robertson au niveau de l'œil droit ; l'œil gauche a été perdu accidentellement.

Enfin on note une *dépilation complète* des téguments : les poils du pubis, des aisselles sont absents ; les sourcils n'existent plus ; les cheveux sont en grande partie tombés. Cette dépilation est de date récente.

L'augmentation de l'ascite et sa reproduction rapide ont nécessité des ponctions répétées.

L'examen du liquide d'ascite (le 15 janvier) : liquide citrin, Rivalta positif, albumine : 10 gr. par litre ; plaques endothéliales en grande quantité ; rares lymphocytes et mononucléaires, polynucléaires très rares.

Après ponction on palpe facilement le foie sous les fausses côtes, sur une hauteur de 4 travers de doigt.

La rate ne se palpe pas.

A la paracenthèse suivante (19 février) la cytologie se modifie : la lymphocytose prédomine (95 p. 100), l'albumine est au taux de 15 gr. Le 12 mars, il y a 61 p. 100 de lymphocytes, 25 p. 100 de mononucléaires, 14 p. 100 de cellules endothéliales, avec 35 grammes d'albumine.

Le coefficient de Maillard est élevé : 9,54 p. 100 le 7 février.

Le Wassermann est positif, de même que le Hecht dans le sang ; le Vernes est à 145 ; le Kahn est fortement positif.

OBSERVATION VIII (prise dans le service du Professeur Laignel-Lavastine). — *Cirrhose. Myxœdème. Atrophie mammaire.*

Mme Guer..., 63 ans, entre à la Pitié dans le service du Professeur Laignel-Lavastine, le 18 mars 1931.

Histoire de la maladie : la malade, exerçant la profession de ménagère, entre pour fatigue ; depuis 2 ans, elle présente une peau sèche, infiltrée, une dépilation, de la constipation. Ces troubles sont survenus à la suite d'un érysipèle de la face, soigné à Claude-Bernard (avril 1929) ; la malade ne semble pas avoir eu de la thyroïdite.

Antécédents personnels : pas d'autres maladies (pas de rhumatisme articulaire aigu) ; elle n'a pas d'enfants ; son mari est séparé d'elle depuis longtemps.

Examen actuel : *faciès* myxœdémateux ; infiltration des téguments, paupières bouffies, pommettes rouges, yeux rapetissés ; lèvres un peu cyanosées, renversées ; pâleur cireuse des téguments, joues soufflées, oreilles infiltrées ; sourcils clairsemés, à peine existants.

Cheveux : bicolores, coloration un peu rouge-brun depuis l'érysipèle ; pas un cheveu blanc ; cheveux un peu clairsemés aux tempes. Les cheveux sont secs ; il y a de l'ichtyose du cuir chevelu. Langue énorme, macroglossie. Parole lente, monotone. Ajoutons que la muqueuse jugale est infiltrée et qu'il y a édentation complète depuis 10 ans. Quelques troubles fonctionnels : dysphagie légère, régurgitations aqueuses constantes.

Tronc : pseudolipomes sus-claviculaires, ichtyose des

téguments, atrophie complète de la glande mammaire. Ecchymoses multiples.

Signes digestifs : anorexie, constipation depuis 3 ans.

Foie déborde largement dans l'hypochondre droit ; on accroche nettement le bord inférieur qui est très dur. Sa palpation est douloureuse ; il n'y a pas d'ascite ; pas de circulation collatérale. Rate : ni palpable, ni percutable. A ces signes hépatiques ajoutons des épistaxis fréquentes, ou subictère ; de plus, la malade présente souvent des cauchemars.

Examen des membres : Membres supérieurs : doigts secs, très ichtyosiques, jamais de sueurs : ongles striés longitudinalement ; rétraction de l'aponévrose palmaire et des deux derniers doigts de la main droite depuis quelques années ; Kyste synovial des fléchisseurs au niveau du poignet droit.

Membres inférieurs : hallux valgus bilatéral, onychogrieffose très prononcée ; cryesthésie des extrémités.

Menstruation : a été réglée à 19 ans ; ménopause à 48 ans, bien réglée auparavant ; pas d'enfants.

Psychisme : indifférence ; ne sait pas quelle année on est, cependant mémoire et jugement sont satisfaisants ; ne sait ni lire ni écrire ; bradyphrénie, lenteur des réponses ; appartient à une famille de 14 enfants, tous illettrés.

Examens spéciaux : Réflexe oculo-cardiaque : le pouls passe de 60 à 48 par compression des globes oculaires ; réflexe clino-orthostatique : le pouls passe de 60 à 72 par changement de position. Réflexe solaire : le pouls passe de 60 à 68 par compression de la région solaire. Signe du lacet : négatif. Métabolisme basal : — 27 %.

Appareil cardio-vasculaire : le pouls est à 62 ; la tension artérielle (Vaquez) : 15 1/2 — 8 ; léger souffle systolique à la base ; très léger clangor aortique ; humérale sinueuse, un peu dure.

Poumons : normaux.

Système nerveux : réflexes aux membres supérieurs sont normaux, aux membres inférieurs, les rotuliens sont normaux, les achilléens diminués ; réflexes oculaires existent. Il y a hypertension du globe oculaire droit. Surdité depuis un an environ.

Corps thyroïde : atrophie, non palpable. Wassermann et Hecht dans le sang : négatives.

On traite la malade par la thyroxine : 1 milligramme par jour en injection sous-cutanée à partir du 29 mars ; on constate chute des cheveux, mais peau moins infiltrée, parole plus facile.

Le 17 avril : le pouls est à 70 ; réflexe oculo-cardiaque : le pouls passe de 70 à 68 ; réflexe clino-orthostatique : le pouls passe de 70 à 88 ; réflexe solaire : le pouls passe de 70 à 74.

Le poids qui était à 45 kg (14-IV) tombe à 42 (20-IV).

Le 25 avril, on remplace la thyroxine par l'extrait thyroïdien.

Le 13 juin : M.B. + 5 % ; arrêt de la chute des cheveux et de la perte du poids (45 kg le 22-V) ; l'ichtyose a complètement disparu ; les sourcils repoussent nettement ; quelques poils axillaires réapparaissent. Le poids : 46 kg le 21 juin ; 51 kg le 10 août ; 52 kg le 17 septembre.

A partir du 10 octobre on administre la thyroxine par os : un milligramme tous les 2 jours ; le poids baisse (50 kg le 15 octobre, 50 kg le 7 novembre) ; les cheveux tombent.

A partir du 25 novembre on associe de l'extrait surrénal à la thyroxine et à l'extrait thyroïdien. Les sourcils repoussent sensiblement.

De ce tableau clinique se détache nettement :

1° Une cirrhose hépatique anascitique, à laquelle s'associent :

2° Une insuffisance thyroïdienne ; infiltration myxœdémateuse, cheveux secs, clairsemés, sourcils clairsemés, ichtyose du cuir chevelu, sécheresse de la peau ; troubles de la parole et intelligence nettement au-dessous de la normale, déformation des membres, métabolisme basal fortement diminué (— 27 %), cryesthésie des extrémités, bradyphrénie très prononcée.

3° Atrophie du corps thyroïde.

4° Atrophie complète de la glande mammaire.

L'insuffisance thyroïdienne est assez nettement démontrée par l'effet thérapeutique de l'opothérapie ; celle-ci a une influence très heureuse sur la chute des cheveux, sur la perte du poids, sur l'ichtyose et sur le développement de tout le système pileux et sur le M.B. qui augmente notablement ; même le développement intellectuel est favorablement influencé puisqu'après traitement opothérapique on ne trouve plus cette parole lente et monotone.

La syphilis ne semble pas être responsable dans ce tableau clinique.

OBSERVATION IX (prise dans le service du Professeur Laignel-Lavastine). — *Cirrhose alcoolique. Polynévrite. Dépilation. Insuffisance ovarienne. Syphilis.*

Mme Ant..., 38 ans, entre à la Pitié, le 25 novembre 1931, pour douleurs dans l'hypochondre droit, épistaxis et asthénie.

Antécédents : hospitalisée une première fois dans le service du 2 au 16 septembre 1931 pour gastrite alcoolique ; à cette époque on lui a trouvé une insuffisance hépatique, une abolition des 2 achilléens, de l'ascite et un coefficient de Maillard de 8,75.

Le début de la maladie remonte — au dire de la malade — au début de janvier 1931 ; à cette époque elle a commencé à présenter des crampes des mollets surtout nocturnes, des fourmillements dans les jambes ; anoréxie élective pour la viande et pour les graisses, pyrosis, pituites matinales ; digestions lentes. Des cauchemars, des épistaxis très fréquentes et une pesanteur dans l'hypochondre gauche. Depuis un mois les épistaxis sont devenues de plus en plus fréquentes et en même temps elle a présenté des nétrorragies, des gingivorragies, des ecchymoses spontanées.

La malade avoue avoir un penchant pour l'alcool.

Actuellement on se trouve en présence d'une malade dont le ventre a énormément augmenté de volume ; l'examen décelé une ascite de moyenne abondance, un peu de circulation collatérale ; un foie mou, palpable, qui déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes : la rate n'est ni palpable, ni percutable.

Faciès : varicosités des pommettes, subictère des conjonctives.

La malade présente au complet les signes d'imprégnation alcoolique et en plus de ceux énumérés plus haut, elle présente du tremblement.

Système nerveux :

Membres inférieurs : atrophie musculaire, douleur à la pression des masses musculaires du mollet. Réflexes achilléens abolis ; réflexes rotuliens diminués, mais existent.

Membres supérieurs : réflexes faibles.

Inégalité pupillaire. Pas de signe d'Argyll-Robertson.

Appareil cardio-vasculaire : rien de spécial si ce n'est les ecchymoses spontanées très faciles à se produire.

Poumons : râles à la base droite, pas de frottements.

Quelques petits ganglions sus-claviculaires droits.

Troubles psychiques : très agitée à son entrée ; pas de désorientation dans le temps et dans l'espace.

Troubles endocriniens : chute complète des poils axillaires, qui a commencé il y a quelques mois — au dire de la malade, cette région pilifère était bien fournie auparavant. — Les autres régions pilifères sont normales.

Ménstruation : mal réglée depuis trois à quatre mois ;

les règles apparaissent irrégulièrement, sont d'abondance variable ; la malade a été bien réglée auparavant.

Dans ses antécédents on trouve 3 fausses-couches (de 5 ou 6 mois).

Urines : ni sucre, ni albumine, anisurie. Urée : 3 g. 75 par litre ; coefficient de Maillard : 8,75 %.

Sang : au 1^{er} décembre : urobiline 00
coefficient de Maillard .. 0,09

Les réactions de Hecht et Kahn sont négatives.

Liquide céphalo-rachidien : albumine, 0 g. 36.

La réaction du benjoin colloïdal est faiblement positive.

En résumé, nous trouvons ici une association de :

1° Cirrhose alcoolique. Polynévrite bilatérale.

2° Dépilation assez marquée.

3° La notion de syphilis paraît ici bien probable, malgré les réactions sérologiques négatives, car notre malade présente : de l'inégalité pupillaire, 3 fausses-couches dans les antécédents, albuminose du L.C.R.

4° Insuffisance ovarienne (troubles de la menstruation).

OBSERVATION X. — *Cirrhose hypertrophique. Dépilation. Stérilité. Dysthyroïdie* (par MM. Maurice Villaret, Henry Bith et Guillaïn).

Mme L..., 45 ans, entre à l'hôpital, parce que depuis une quinzaine de jours, ses jambes ont notablement enflé.

Antécédents personnels : rien à noter. Mariée à 29 ans, elle n'a eu ni enfants, ni fausse couche.

Quelques signes d'éthylisme, faciès couperosé, un léger tremblement des doigts ; elle avoue d'ailleurs facilement son penchant pour les boissons alcoolisées ; pituites matinales, épistaxis assez fréquentes.

D'elle-même, elle attire l'attention sur son abdomen qui a un peu augmenté de volume ; météorisme abdominal, très légère circulation collatérale ; pas d'ascite.

Le foie est très augmenté de volume, percutable sur 20 centimètres au niveau de la ligne mamelonnaire. Son bord inférieur qui atteint l'ombilic, est dur, tranchant, régulier. La surface est lisse, régulière, indolore. Sa mobilité est normale à chaque mouvement respiratoire. Pas de frottements de périhépatite perceptibles.

La rate déborde les fausses côtes et est nettement accessible à la main qui palpe. Pas d'hémorroïdes ; pas d'ictère.

Pendant l'examen on découvre l'absence à peu près absolue de système pileux au niveau du pubis. Poils axillaires très rares ; absence presque absolue de la moitié externe des sourcils,

Bien réglée de 14 à 18 ans, elle a commencé à ce moment à avoir des règles très irrégulières, toujours douloureuses et peu abondantes. Ménopause à l'âge de 41 ans. Au toucher vaginal l'utérus semble petit. Les seins sont normalement développés.

Cœur : à la base, au foyer aortique, souffle systolique net. Tension artérielle à 11,5 - 9 (Vaquez).

Développement psychique normal.

En résumé :

1° Cirrhose hypertrophique anascitique, sans ictère.

2° Insuffisance ovarienne évidente (dysmenorrhée, stérilité).

3° La chute de la queue des sourcils, l'absence des poils pubiens et leur rareté aux aisselles, éveillent l'idée d'une insuffisance thyroïdienne.

La cirrhose objective indique suffisamment l'atteinte hépatique. Différents examens de laboratoire la mettent encore mieux en évidence : tout d'abord nous avons noté une anisurie évidente, le taux des urines variant d'un jour à l'autre de un à deux litres sans que change la quantité de liquide ingéré.

Le coefficient de Maillard est à 11,22.

Les dosages dans le sang donnent : Azote uréique (hypobromite) .. 0,118 ; Azote uréique (xanthidrol) .. 0,096 ; Az T .. 0 g. 30 ; Az résiduel .. 0,18.

La glycémie est normale, à 0,096 après injection intramusculaire de 1/2 milligramme d'adrénaline, elle monte à 1 gr. 42 (la tension artérielle est passée de 14,9 à 15,9).

La recherche du métabolisme basal a donné les résultats suivants :

Premier examen : 5,55 % au-dessus de la normale

Deuxième examen : 25 % — —

Troisième examen : 5,55 % — —

Nous avons enfin fait pratiquer un examen après des injections quotidiennes de thyroxine pendant 8 jours : le M. B. s'est élevé alors à 35 % au-dessus de la normale.

OBSERVATION XI. — *Insuffisance hépatique. Dépilation.*

Atrophie testiculaire. Héredosyphilis (par MM. Maurice Villaret, Bith et Vernal).

Marcel B..., âgé de 24 ans, entre à l'hôpital pour des douleurs abdominales, sourdes, continues, localisées dans la région périombilicale droite ; on ne peut guère préciser la date d'apparition de ces douleurs.

Trois ou quatre fois par jour, immédiatement après les repas, surviennent des exacerbations paroxystiques en coliques diffusant à tout l'abdomen tout en restant prédomi-

nantes dans la fosse iliaque droite, sur le trajet du cœcum et du côlon ascendant.

Examen du malade :

Teint subictérique ; téguments et muqueuses d'une coloration jaune pâle, plus foncée certains jours ; cet ictère remonte au moins à l'âge de cinq ans et n'a jamais rétro-cédé complètement : ictère quelquefois plus foncé avec selles décolorées, urines foncées, asthénie, hyperthermie (38-38°5), pesanteurs abdominales. Dans l'intervalle des crises, une légère coloration des muqueuses persiste avec constipation opiniâtre alternant avec des crises de diarrhée post-prandiale, toutes les deux ou trois semaines, somnolence après les repas, digestions pénibles, surtout pour le beurre et les œufs, anorexie électorale pour la viande et les graisses. Ajoutons un prurit très accentué, une polyurie très prononcée.

Tous ces signes dénotent un dysfonctionnement hépatique.

Notons encore une instabilité vaso-motrice marquée, des sueurs abondantes, une frilosité excessive et des bouffées de chaleurs — tous signes d'une perturbation endocrinienne.

L'enquête familiale confirme son arriération physique et mentale : né à terme, mais « étonné » ; première dent à 18 mois, premier pas à 2 ans et demi ; le retard du développement est actuellement évident. Caractère irritable, vindicatif, variable, avec de violentes colères inexplicables et de longues dépressions. Ses parents se plaignent de son incapacité à tout métier.

Il est très influençable ; suivant l'exemple d'un voisin pithiatique, qui simule diverses paralysies, il se plaint d'une impossibilité de remuer sa jambe droite qui a cédé aux premières objurgations. La mémoire est bonne.

En somme, au point de vue intellectuel et affectif on retrouve cet aspect de simple puérilisme et son profil mental est typique d'arriération et d'insuffisance psychique.

Examen général :

Foie est légèrement augmenté de volume, mesure 8 cm sur la ligne mamelonnaire droite ; son bord inférieur est mousse et régulier ; sa consistance est légèrement augmentée.

Rate : percutable sur cinq centimètres.

Corps thyroïde : aucune augmentation de volume, ni de consistance.

Testicules : forme normale, mais de très faible volume, ceux d'un enfant d'une douzaine d'années.

Mais ce qui frappe, c'est la morphologie générale toute spéciale du malade :

Sa taille est petite : 1 m. 52.

L'atrophie du système pileux est évidente, notamment au pubis presque glabre et aux sourcils à peine indiqués ; le reste du corps est à peu près dépourvu de poils. Visage carré, front bas, menton massif, regard inexpressif, la physionomie immobile.

Aux mains et aux oreilles, on trouve de véritables dystrophies : doigts très élargis dans leur partie moyenne, s'effilent un peu vers leurs extrémités ; l'auriculaire est tordu sur son axe longitudinal. L'oreille est rigide, épaisse, avec une incurvation massive du pavillon. Le lobule est complètement adhérent.

L'appendice xyphoïde manque complètement.

Dents : implantation irrégulière, aspect noirâtre, dés-émaillé ; présence de tubercules de Carocelli au niveau des 3 molaires inférieures.

Examens spéciaux :

Urines : inversion du rythme urinaire à type *opsiurique*.

Le malade est complètement *polyurique*. Cette polyurie qui varie entre 3 et 4 litres est influencée par l'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse.

Présence de pigments biliaires, au moment des poussées d'ictère.

Urobilinurie dans l'intervalle de ces poussées.

Urée, 15 gr. .. 34,00 % ; acide urique 7 gr. .. 17,00 % ;
Ammoniaque .. 0,60 % ; AzH_3 .. 0,49 % ; $AzNH^2$ 0,14 0/0 ;
Acides aminés .. 0,18 % ; Azote total .. 1,94 %.

Azote urée	$AzNH$	Azote aminé
----- : 72,2 %	----- : 4,9 %	----- : 1,4 0/0
Azote total	Az total	Azote total

1

Sang : cholestémie pigmentaire est de $\frac{1}{10,950}$

La cholestérinémie de 2 gr. 50.

Les selles sont molles, non moulées, décolorées par période, à peine jaune clair entre poussée d'ictère. L'examen chimique y démontre une utilisation déficiente des fibres musculaires et des hydrates de carbone, la présence de stécobiline, l'absence de bilirubine.

Système vago-sympathique : réflexe oculo-cardiaque est inversé : le pouls, qui est habituellement à 60, passe par la compression des globes oculaires à 72 et 80 selon les jours, mais toujours se produit une accélération nette, im-

médiate et persistante, pendant tout le temps qu'on effectue l'oculo-compression.

Le métabolisme de base : constamment augmenté 61,5 %, 52,5 % en l'absence de tout traitement. Par l'extrait thyroïdien administré pendant une semaine, il s'élève à 70 %.

Un traitement par l'hémato-éthylroïdime le baisse à 58 %.

L'épreuve de l'hyperglycémie adrénalinique est fortement positive. Avant l'injection : tension artérielle, au Vaquez : 14,7 ; pouls : 64 ; glycémie : 0 gr. 69. — Un quart d'heure après injection intramusculaire de 1/10 milligramme d'adrénaline : tension artérielle : 11,6 ; pouls : 75 ; glycémie : 1 gr. 37. Nous avons déjà interprété cette observation au chapitre IV.

OBSERVATION XII. — *Cirrhose pigmentaire. Diabète. Dépilation. Atrophie testiculaire* (par MM. Labbé, Boulin, Azerad et Uhry).

M. Ane..., 40 ans, marin.

Antécédents personnels : rien de spécial ; rares excès alcooliques.

Histoire de la maladie : début à l'âge de 38 ans par de l'asthénie, de l'amaigrissement, de l'*impuissance génitale avec atrophie testiculaire*, de la pigmentation, de la *chute des poils*.

En août 1930, apparition de la polydypsie.

En novembre 1930, découverte de la glycosurie, qui atteint 66 gr. par litre.

Entre dans le service le 27 février 1931.

Examen du malade à l'entrée :

1° Aspect général :

Etat de maigreur évidente ; le malade pèse 42 kg pour une taille de 1 m. 61 ; dans les trois derniers mois, l'amaigrissement s'est élevé à 10 kg.

Pigmentation grise, ardoisée, étendue à l'ensemble des téguments, mais respectant les muqueuses. Etat de sécheresse, très net, des téguments, qui sont couverts de squames furfuracées.

Disparition quasi complète des poils pubiens et axillaires ; raréfaction de la barbe, des moustaches, des cheveux qui sont grêles, mais non décolorés ; sourcils normaux.

Testicules petits, mous ; fonctions génitales abolies.

2° Examen des différents viscères :

Foie volumineux ; le bord inférieur atteint l'ombilic ;

consistance très dure, cirrhotique ; surface régulière ; pas d'ascite ; pas de circulation collatérale, ni d'hémorroïdes.

Rate : ni palpable, ni percutable.

Appareil cardio-vasculaire et poumons : normaux.

Système nerveux : Réflexes rotuliens et achilléens abolis.

Tube digestif : rien à signaler.

3° Examen des urines :

Volume	2 l. 750
Glycosurie	216 gr. par 24 h.
Réaction de Légal	+ + +
Réaction de Gerhard	+ + +
Corps acétoniques totaux ..	12 gr. 88
Urée	18 gr. 70
Ammoniaque	3 gr. 21
Acides aminés	0 gr. 39
Azote total	15 gr. 40
Az U	

..... 57 p. 100

Az T

Az. ammoniacal

..... 17 p. 100

Az T

Az aminé

..... 1,70 p. 100

Az total

Urobiline

+

Sels biliaires

0

Pigments biliaires

0

4° Examen du sang :

Urée

0 gr. 30 p. 1.000

Az total

0 gr. 33 p. 1.000

Az résiduel

0 gr. 23 p. 1.000

Az U

..... 28,1 p. 100

Az T

5° Examen des selles :

Mucine et albumine acéto-solubles abondantes. Fibres musculaires abondantes et mal attaquées. Amidon amorphe, cru, cellulose digestible et non digestible en abondance.

Présence de cristaux d'acides gras et de savons ; pas de graisses neutres.

6° Métabolisme basal : + 32 p. 100.

7° Epreuve de l'hypoglycémie insulinique :

Glycémie à jeun : 2 gr. 82 ; glycémie deux heures

après l'injection intra-veineuse de 12 unités d'insuline : 1 gr. 43.

8° Epreuve thérapeutique. Soumis à un régime apportant 149 gr. d'hydrate de carbone et à 30 unités d'insuline injectées quotidiennement, le malade n'a plus, le 13 mars, ni sucre, ni diacéturie.

L'insulnie étant supprimée le 16 mars, la glycosurie reparait et s'élève à 137 grammes.

En résumé, il s'agit d'un malade chez qui s'associent :

1° Une cirrhose pigmentaire, sans étiologie bien apparente, et sans grand signe d'insuffisance hépatique ;

2° Un diabète avec acidose et dénutrition ; malgré la coexistence d'une cirrhose, il n'a fait preuve d'aucune insulino-résistance, comme le montrent l'épreuve de l'hypoglycémie insulinique et les résultats thérapeutiques. Les défauts de digestion constatés à l'examen des selles relèvent d'une irritation ancienne du côlon.

3° De l'atrophie testiculaire avec impuissance génitale ;

4° De la chute des poils ;

5° De la sécheresse de la peau.

OBSERVATION XIII (par Rocco-Calo) — *Cirrhose de Laënnec. Hypogénitalisme tardif. Gynécomastie.*

R. V..., commis voyageur, 52 ans, célibataire.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Histoire clinique : Antécédents personnels : développement normal physique et intellectuel dans l'enfance ; l'instinct sexuel dans l'enfance a été normal ; à 16 ans a eu une blennorragie ; à 18 ans a eu une syphilis qui a été bien traitée. A 35 ans il a contracté la malaria en Sardine, qui a été guérie.

Depuis 15 ans, notre malade présente des épistaxis et des émotions violentes assez fréquentes ; nous sommes en présence d'un éthylique (il boit 4-5 litres de vin par jour) et d'un grand fumeur. Depuis 2 ans, diminution de la fonction sexuelle.

Par l'interrogatoire on apprend que depuis 5 mois, son ventre augmente progressivement de volume, que ses pieds grossissent et qu'il présente une difficulté de la marche, de telle sorte que, incapable de vaquer à ses occupations, le malade se fait hospitaliser.

Examen objectif : constitution squelettique normale, grande taille, pèse 116 kg ; ses muscles sont flasques et atrophisés ; ses lèvres sont pâles, un peu cyanosées.

On note une augmentation de volume de la mamelle avec forte pigmentation de l'aréole ; une atrophie génitale

très marquée. On constate la présence d'œdème aux membres inférieurs.

L'abdomen est fortement augmenté de volume, globuleux, la ligne xypho-ombilicale est de 34 cm., la ligne ombilico-pubienne est de 26 cm., la circonférence mesurée au niveau de l'ombilic est de 1 m. 32. Circulation collatérale à la partie inférieure de l'abdomen.

À la palpation, l'abdomen se présente fortement tendu, de consistance augmentée, surtout à l'hypogastre. Le signe du flot est positif. Percussion : matité fixe, à concavité supérieure.

Le foie est diminué de volume ; la rate dépasse en bas de 3 travers de doigts le rebord costal.

Appareil cardio-vasculaire : normal ; poumons : respiration rude à gauche et ronchus aux 2 bases.

Urine : traces d'albumine, urobiline en quantité abondante, absence de bilirubine et de biliverdine ; urée : 12,60 0/00 ; chlorures : 5 0/00 ; indican : fortement augmenté ; quelques cylindres hyalins. *Paracenthèse* : 12 litres de liquide jaune citrin, réaction alcaline ; Rivalta négatif.

Autopsie : on trouve quelques litres de liquide jaune citrin, limpide ; le diaphragme refoulé en faut ; le foie sous le rebord costal ; diminution totale de son volume ; consistance dure, crie sous le couteau ; la veine porte est dilatée. La rate est de volume énorme.

La mamelle présente la grandeur d'une mandarine, à tissu adipeux très abondant.

Les testicules présentent la grandeur d'une noisette, avec albuginée épaissie augmentée de consistance ; la coupe est grisâtre ; les vésicules séminales et la prostate sont atrophiées.

Examen microscopique : *testicules* : hyperplasie de toute la trame conjonctive (de l'organe), avec irradiation aux tubes séminifères ; albuginée épaissie. Les tubes séminifères paraissent fortement épaissies par la trame conjonctive et sont de diamètre réduit. Dans la lumière on observe des groupes de petites cellules épithéliales ; dans aucun des tubes on observe les modifications typiques qui sont à la base de la spermatogénèse. Il est impossible d'observer des éléments identifiables avec les cellules de Sertoli ou avec les cellules interstitielles.

L'examen du foie et de la rate confirment l'examen microscopique.

Mamelles : hyperplasie et hypertrophie du stroma et du parenchyme, avec prolifération typique de l'épithélium glandulaire.

OBSERVATION XIV (par L. d'Antona). — *Cirrhose hépatique. Hypertrophie mammaire. Atrophie testiculaire.*

T. A..., 53 ans, facteur, entre à l'Hôpital en 1929 pour asthénie, anorexie et augmentation du volume du ventre.

Rien d'important à signaler ni dans les antécédents héréditaires ni dans les antécédents collatéraux.

Antécédents : a eu la fièvre typhoïde pendant la guerre. Sa femme est morte à l'hôpital à la suite d'une affection de la thyroïde.

En 1927 sa maladie a commencé insidieusement par de l'anorexie, de l'amaigrissement, de la pesanteur gastrique, du météorisme abdominal.

Examen objectif : masses musculaires atrophiées et flasques. L'appareil lymphatique superficiel est normal. Coloration brun terreux des téguments ; subictère des conjonctives. Adénopathie sus-claviculaire très prononcée. Pupilles normales, agissent bien à la lumière et à l'accommodation.

A la partie gauche de la région mammaire on note une tuméfaction de la grandeur d'une mandarine, de consistance dure, grossièrement lobulée, mobile sur les plans profonds. Pas de lésions appréciables de l'aréole, ni du mamelon. L'expression du mamelon ne donne pas issue à du liquide. A la mamelle droite on note une petite tuméfaction qui présente les mêmes caractères que celle à gauche. Les deux tuméfactions sont douloureuses à la palpation.

Examen de l'abdomen : ventre de batracien ; abondante circulation collatérale, surtout périombilicale. Ascite très abondante. Atrophie du foie. Œdèmes des membres inférieurs.

Testicules atrophiés ; leur volume est celui d'une noisette ; ils sont flasques. Le scrotum est fortement œdémateux ; on note l'absence presque absolue des poils du pubis.

Poumons et système nerveux sont normaux.

Paracenthèse : 15 litres de liquide jaune citrin, densité 1008, Rivalta négatif.

Sang : Réactions de Hecht et Wassermann sont négatives.

OBSERVATION XV (par Fittipaldi). — *Cirrhose hépatique. Hypertrophie mammaire. Atrophie testiculaire.*

L. Luigi..., 70 ans, entre à l'hôpital pour augmentation du volume du ventre.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Antécédents personnels : c'est « un bon buveur de vin ».

Il y a un an, sa maladie a commencé insidieusement par de l'anorexie, de la pesanteur gastrique post-prandiale. Il y a 3 mois que le malade s'est aperçu d'une augmentation de volume de son ventre. Ces derniers jours, le météorisme est tel que le malade se fait hospitaliser.

Examen objectif : constitution squelettique normale. Subictère des téguments et des conjonctives ; sourcils très rares.

Ventre de batracien avec circulation collatérale abondante ; ascite abondante, petit foie, grosse rate.

Paracenthèse : 8 litres de liquide jaune citrin à caractères de transsudat.

Sang : Wassermann et Hecht négatives.

Thorax : à droite dans la région mammaire, on note une tuméfaction sphérique de la grosseur d'une mandarine, mobile sur les plans profonds. Cette tuméfaction est augmentée de consistance et grossièrement lobulée. Rien à l'aréole ni au mamelon.

A gauche la glande mammaire paraît tuméfiée, mais dans des proportions moindres. Par la palpation aussi bien à droite qu'à gauche on réveille une vive douleur.

Testicules : nettement atrophiés et flasques ; ils sont sensibles à la palpation ; dépilation presque complète du pubis.

CONCLUSIONS

I. — Au cours d'un certain nombre de cirrhoses du foie, qu'il nous a été donné d'observer, nous avons été frappés par la fréquence de la dépilation.

II. — Cette dépilation avait pour caractères la chute des poils axillaires et du pubis et portait fréquemment sur les cheveux et les sourcils qui étaient clairsemés.

III. — L'origine de cette dépilation peut être attribuée vraisemblablement à des troubles endocriniens ; on connaît leur fréquence dans les cirrhoses du foie, la forme clinique de celles-ci étant sans influence sur l'apparition de ces troubles endocriniens.

IV. — A quelles glandes est due la dépilation ? L'association d'autres troubles d'ordre thyroïdien ou ovarien semble indiquer qu'à la base de cette dépilation il y a une insuffisance thyro-ovarienne.

Vu : le Président,
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu : le Doyen,
BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer.
Le Recteur de l'Académie de Paris :
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANTONA (D'). — Reviviscenza mammaria. — Cirrosi epatica et atrofia testicolare. *Il Policlinico*. Sez. Prat. 23 février 1931.
- CORDA. — Reviviscenza mammaria ecc... *Minerva Medica*, 1925.
- DEL GUERRA. — Reviviscenza della mamella in uno caso di cancro del fégato. *Minerva Medica* N° 5, 1931.
- FITTIPALDI. — Cirrosi epatica. Reviv. mam. atrofia testicol. *Endocrino et patho constiz.* juin 1931.
- GILBERT et FOURNIER. — Observation de nanisme biliaire. *Revue des Maladies de l'enfance*, 1895.
- LABBÉ, BOULIN, AZERAD, UHRY. — Diabète bronzé avec infantilisme tardif. Syndrome hépato pancréatico génital. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 mars 1931.
- LAIGNEL-LAVASTINE, TROISIER, BOCQUIEN. — Association de la cirrhose du foie à une dépilation plus ou moins complète et à une insuffisance thyro-ovarienne. — *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* (N° 17), séance du 15 mai 1931.
- LEREBOULLET. — Les cirrhoses biliaires. Thèse de Paris, 1902.
- MANAI. — *Il Policlinico*. Lez. prat. 1927.
- PELLEGRINI. — *La Diagnosi*, 1926.
- RICOZZI. — Sulla revivisceuza della mamella maschile nella cirrosi epatica. *Morgagni* 1926, N° 30.
- ROCCO-CALO. — Cirrhose hépatique associée à un hypogénitalisme tardif. *Rinascenza Médica* N° 8, marsch 1931.
- ROGER. — *Traité de Physiologie*.
- SCHOPPER. — *Deutsche zeitschrift für Pathologie*. Vol. VIII.
- SILVESTRINI. — La reviv. mam. nell'uomo affetto da Cirrosi del Laënnec. *Reforma medica* 1926 N° 30.

- Congresso-Medico Umbrio Marchigniano. La Diagnosi 1903.
 - Reviv. mam. nell'uomo in caso di cirrosi epatica. La Diagnosi 1923. casc. 13-14.
 - SOURDEL. — Contribution à l'étude anatomo-clinique des syndromes pluriglandulaires. Thèse de Paris, 1912.
 - TRAMONTANO. — Infantilismo et cirrosi epatica. Morgagni 1929, N° 37.
 - VILLARET, BITH, BERNAL. — Un nouveau type de syndrome pluriglandulaire à participation hépatique. Revue des Maladies du Foie 1931, N° 1.
 - VILLARET, BITH, GUILLAIN. — Syndrome pluriglandulaire acquis à participation hépatique. Revue des Maladies du foie 1931, N° 2.
 - VILLARET, FORT-BEAULIEU, SOURDEL. — Syndrome pluriglandulaire. Presse Médicale, 24 août 1911.
 - WEICHSELBAUM. — Verlin. Deutsche Pathol. Ges. 1910.
-

